

# Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional

## Mobile Emergency Care Service (SAMU): underfunding and regional inequality

Andrei Souza Teles<sup>1</sup>, Thereza Christina Bahia Coelho<sup>1</sup>, Milla Pauline da Silva Ferreira<sup>1</sup>, João Henrique Gurtler Scatena<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a definição do seu financiamento para investimento e custeio, representou um importante avanço para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista o quadro de morbimortalidade relacionado às urgências no Brasil. **Métodos:** A pesquisa tomou como base de coleta o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Os dados foram analisados com o auxílio do método das Contas Nacionais de Saúde. **Resultados:** A participação do SAMU no bloco de financiamento federal da Média e Alta Complexidade (MAC) saiu de 3,27% em 2009 para 6,67% em 2012, atingindo R\$ 200 milhões no Estado. O aumento de 110%, no período, ocorreu mesmo com o crescimento irrisório dos aportes da MAC. Metade das regiões de saúde não apresentou registros de repasse financeiro específico, indicando distribuição desigual desse importante serviço. O gasto municipal *per capita* variou entre R\$103,04 e R\$5,47, concentrando maiores valores em municípios de pequeno porte, diferença não justificável do ponto de vista do custo da oferta. **Conclusão:** Subfinanciamento e desigualdades regionais reclamam reajustes distributivos e avaliação contínua, de modo a evitar que populações fiquem sem acesso à proteção garantida pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

**Palavras-chave:** gastos em saúde; emergência; serviços médicos de emergência.

### Abstract

**Introduction:** The implementation of the Mobile Emergency Service (SAMU) with the definition of investment and defrayal of costs represented an important advance in the Unified National Health System, in view of the morbidity and mortality rates related to emergency services in Brazil. **Methods:** The research was based on the Public Health Budget Information System (SIOPS). Data were analyzed according to the National Health Accounts model of the World Health Organization. **Results:** The participation of the SAMU in federal funding block of Medium and High Complexity (MAC) passed from 3.27% in 2009 to 6.67% in 2012, reaching 200 million Brazilian reais in the state of Bahia. The increase of 110% in this period occurred despite the negligible growth of MAC contributions. Half of the health regions did not present specific financial transfer records, indicating an unequal distribution of this important service, expressed in the accounts. The municipal expenditure *per capita* varied between R\$ 103.04 and R\$ 5.47, with the highest values directed to small towns. This difference is not justifiable from the standpoint of the cost of service offer. **Conclusion:** Underfunding and regional inequalities require distributional adjustments and continuous evaluation in order to avoid that people be deprived of access to the protection guaranteed by the National Policy of Attention to Emergencies.

**Keywords:** health expenditures; emergencies; emergency medical services.

<sup>1</sup>Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) - Feira de Santana (BA), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Cuiabá (MT), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Andrei Souza Teles – Rua Travessa Roberto Santos, 44 – Bravo – CEP: 44660-000 – Serra Preta (BA), Brasil –

Email: stdrei@hotmail.com

Fonte de financiamento: FAPESB (Edital Temático 65/2004 e 06 Bolsas IC) e CNPq (Bolsa de Mestrado).

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a contar com um importante reforço no atendimento pré-hospitalar com a edição da Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o seu financiamento para investimento e custeio. A implantação desse componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), assim como de suas centrais de regulação em municípios e regiões de todo o território brasileiro, representou um importante avanço, tendo em vista o quadro de morbimortalidade do Brasil relacionado às urgências, sobretudo, ao aumento do número de acidentes e da violência urbana<sup>1</sup>.

De acordo com Decreto nº 7.508/2011<sup>2</sup>, o SAMU representa uma importante porta de entrada do SUS, por receber diversas demandas emergenciais da população e prestar o atendimento inicial à saúde do usuário. Tal serviço possui abrangência municipal ou regional, dependendo do arranjo organizacional de cada Estado. No que concerne aos aspectos relacionados à sua gestão, ela pode se dar na esfera municipal ou estadual, com o financiamento, predominantemente, feito a partir de incentivos federais e com a possibilidade de coparticipação das demais esferas de governo<sup>3</sup>.

O SAMU encontra-se presente, nos dias atuais, em 3.049 municípios do país, estando a maior parte concentrada nas regiões Nordeste e Sul, com cobertura estimada em 76,28% da população em 2015, ou seja, mais de 155 milhões de habitantes. Só no Estado da Bahia, até aquele ano, 295 municípios possuíam esse serviço, totalizando uma cobertura populacional de 83,22%<sup>4,5</sup>.

O SAMU é controlado, em todo país, por 210 centrais de regulação, que estruturam o atendimento realizado por equipes multiprofissionais com o apoio de 3.108 ambulâncias<sup>5</sup> e que possibilitam o estabelecimento de uma importante comunicação entre o sistema de saúde e o público, cujo chamado de socorro deve ser acolhido, priorizado e atendido no menor tempo possível<sup>6</sup>.

Indubitavelmente, o SAMU desempenha um papel crucial por possibilitar atendimento precoce às vítimas de agravos à saúde de variada natureza e ordenar o fluxo assistencial<sup>7,8</sup>. Entretanto, o setor de urgência e emergência no Brasil é tido ainda como deficiente e problemático, haja vista as dificuldades de implantação das diretrizes organizativas do SUS nesse campo<sup>9</sup>. Alguns autores advogam que as pressões e as demandas sobre esses serviços nos últimos anos têm aumentado, principalmente, devido às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais<sup>3</sup>.

A despeito das inúmeras intervenções multissetoriais voltadas para a redução da morbimortalidade por causas externas, como a Lei Seca, alguns fenômenos – por exemplo, o aumento irrefreável da violência – têm mantido em níveis inaceitáveis as taxas de ocorrência desses eventos que matam e incapacitam indivíduos de todos os grupos populacionais, mas, em particular,

aqueles das faixas etárias mais produtivas, onerando os sistemas de proteção social existentes e a economia como um todo<sup>10,11</sup>.

Países que organizaram seus sistemas de atendimento às urgências, independentemente do modelo adotado, apresentaram relativamente bons resultados em termos de diminuição da morbimortalidade<sup>12</sup>. No entanto, no Brasil, esse tipo de atendimento tem enfrentado problemas estruturais do sistema de saúde, como a carência de leitos especializados, a incipiência dos mecanismos de referência e a limitação de recursos financeiros<sup>3,13</sup>.

A aplicação do preceito constitucional que define a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado guarda estreita relação com o financiamento da atenção à saúde, entendido como “[...] elemento estrutural e estruturante que alicerça economicamente as práticas sociais que cuidam da vida humana”<sup>14:285</sup>.

A criação de um bloco específico de recursos vinculados às ações de urgência ratifica, de certo modo, o entendimento das esferas de governo acerca da importância dessa política. Todavia, a ampliação dos serviços de urgência e emergência enquanto política nacional necessita de um financiamento compatível com as exigências do SUS, o que aciona, inevitavelmente, a questão da suficiência e da distribuição adequada dos recursos.

Em que pesem os avanços, ainda são consideráveis os desafios para a gestão plena do SAMU em todos os níveis de governo, com a necessidade de regulação e integração efetiva entre os demais níveis de atenção. A escassez de pesquisas abordando os dispêndios federais com esse importante tipo de serviço e a relevância sempre crescente das ações voltadas para a atenção das urgências justificam a realização deste estudo, cujo objetivo é descrever e analisar a evolução do gasto público federal com o SAMU, comparando municípios, regiões e macrorregiões de saúde no Estado da Bahia, no período de 2009 a 2012.

## MÉTODOS

A Bahia concentra 7,3% da população brasileira, com 14.016.906 habitantes (2010), e é o quarto mais populoso do país<sup>15,16</sup>. Segundo a atualização mais recente do Plano Diretor de Regionalização<sup>17</sup>, o Estado possui 417 municípios dispostos em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul).

Este estudo, de recorte quantitativo, descritivo e retrospectivo, baseou-se em dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Analisando-se as características dessas bases, optou-se pela utilização das informações relativas aos repasses federais para o SAMU fornecidas pelo SIOPS, enquanto que o FNS foi usado de forma complementar, quando os municípios não haviam transmitido seus dados financeiros ao SIOPS. Quanto às características populacionais, elas foram obtidas a

partir de recenseamentos e de estimativas oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2013 e setembro de 2014. Nesse levantamento, constatou-se que 17 municípios do Estado da Bahia, entre os anos de 2009 a 2012, não haviam declarado suas informações financeiras ao SIOPS, mas que, em 2010, todos informaram seus dados. Para fins de comparabilidade entre os anos, os valores nominais absolutos foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), fornecido pelo IBGE<sup>18</sup>, tendo por base o mês de dezembro de 2012.

Os recursos federais repassados de modo regular e automático (fundo a fundo), em conformidade com as disposições da Lei nº 8.142/1990, constituem receitas dos municípios baianos, as quais compõem o bloco de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) e são definidas como ingressos de recursos financeiros nos cofres dos entes governamentais, com a finalidade de cobrir as despesas com ações e serviços públicos<sup>19</sup>.

Os dados acerca do financiamento do SAMU foram coletados e organizados com o auxílio do *National Health Accounts (NHA)*, um instrumento de contas aqui adaptado pelos autores para cada ano do estudo. Esse modelo *NHA* permite a descrição e a análise detalhada das informações financeiras do sistema de saúde, pois consegue captar a lógica do setor. Para tanto, foi utilizada uma tabela da metodologia de contas que é composta pelas matrizes de fontes de financiamento (impostos e taxas que formam as receitas de saúde, a maior parte do tipo vinculada) *versus* agentes de financiamento (representados pelas Secretarias Municipais de Saúde)<sup>20</sup>.

As informações financeiras foram ordenadas em tabelas menores, desenvolvidas com base no modelo *NHA* e analisadas por meio da elaboração de *rankings* e de indicadores como o gasto público federal e sua variação *per capita*, a qual representa o gasto da macrorregião, da região de saúde ou do município, dividido pelo número de habitantes, em determinado ano<sup>21</sup>.

O presente trabalho utilizou dados de domínio público que não identificam ou constrangem pessoas. Ainda assim, o projeto do qual ele se origina foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer de nº 558.940/2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do financiamento público federal do SAMU revelou importante evolução dos gastos. No período de 2009 a 2012, o Estado da Bahia recebeu R\$182 milhões, em valores nominais. Corrigindo-se a inflação do período, teve-se um total de R\$205 milhões, que variou de R\$35.732.810,44 em 2009 para R\$75.415.063,00 em 2012, conforme ilustra a Figura 1. Apesar de não ter ocorrido de modo linear, esse crescimento

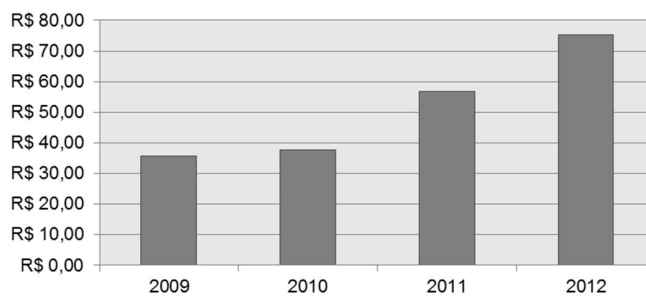
corresponde a um aumento de 111,05%, com a maior evolução (51%) registrada de 2010 para 2011.

Analisando-se a distribuição do gasto federal com o SAMU na perspectiva macrorregional (Tabela 1), nota-se que ele foi crescente para a maioria das macrorregiões de saúde, mostrando certa homogeneidade no Estado como um todo. A macrorregião Leste, com expressiva concentração de população e serviços, apresentou grande volume de gasto em todos os anos, chegando a alcançar o patamar de R\$22,5 milhões em 2012, com crescimento de 24% no quadriênio. Essa macrorregião, que, no acumulado dos quatro anos, abarcou 38% do volume total de recursos federais para o SAMU, era composta no período estudado por 48 municípios distribuídos em quatro regiões de saúde: Camaçari, Santo Antônio de Jesus, Cruz das Almas e Salvador. Incluía, portanto, a capital do Estado, que se destacou quanto ao porte populacional e ao número de serviços de saúde.

Por seu turno, a macrorregião Sudoeste foi a segunda maior em termos de gasto com o SAMU, variando entre R\$2,89 milhões em 2009 e R\$21,12 milhões em 2012, o que representou um aumento extremamente significativo de 631%. No entanto, a macrorregião Nordeste foi a única onde os gastos involuíram no período estudado, de R\$2,14 para R\$1,16 milhão, correspondendo a um decréscimo de 46%.

Vale ressaltar que a macrorregião Centro-Norte não declarou receitas destinadas ao SAMU para o SIOPS, apesar de possuir, em pequeno número, unidades desse serviço (Tabela 1). Ocorre que o SAMU Regional Irecê-Jacobina foi inaugurado em setembro de 2012, mas só recebeu recursos federais a partir de fevereiro de 2013 – em 2012, os médicos do Hospital Regional de Irecê já haviam ameaçado parar o atendimento por causa das precárias condições de funcionamento<sup>22</sup>.

Estudos acerca do funcionamento da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais ratificaram o financiamento como uma das grandes dificuldades e evidenciaram a carência de recursos, inclusive para o pagamento dos profissionais, baixo investimento do nível federal e ausência de reajustes periódicos. O subfinanciamento foi apontado como importante fator de limitação da atuação dos gestores e responsável até mesmo pela descontinuidade do atendimento<sup>23</sup>.



**Figura 1.** Gastos federais com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Estado da Bahia, de 2009 a 2012. Nota: Em milhões de reais deflacionados para dezembro de 2012, conforme o IPCA

Presume-se que a elevação das transferências federais para o SAMU esteja relacionada ao aumento progressivo do número de unidades desse serviço verificado em quase todo o Estado ao longo do quadriênio em análise. Conforme dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a quantidade de unidades do SAMU na Bahia, que era de 26 em 2009, ampliou-se para 297 em 2012. Majoritariamente, esse aumento concentrou-se na macrorregião Leste, que chegou a dispor de 107 unidades naquele ano, seguida pelas macrorregiões Sudoeste, com 52, e Oeste, com 38. A Centro-Leste foi a única que não apresentou evolução no número de unidades, mantendo apenas uma em todo período estudado, apesar de ser composta por 72 municípios e constituir-se na segunda mais populosa do Estado, com mais de 2 milhões de habitantes.

A Figura 2 mostra o gasto *per capita* com o SAMU nas regiões de saúde da Bahia em 2010, ano do último censo do IBGE. Verificou-se, ao analisar a distribuição dos aportes financeiros por habitante, que a situação se alterou consideravelmente,

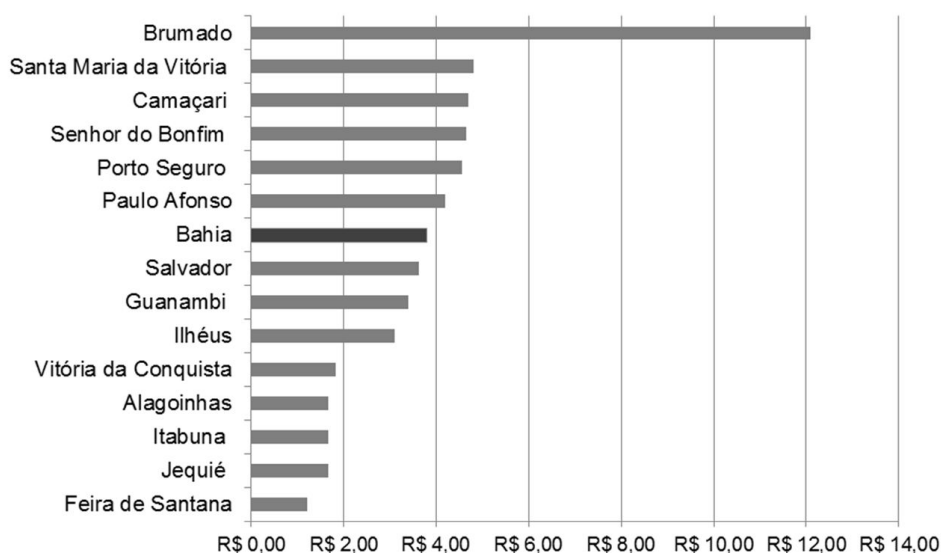
mas as desigualdades insistiram em se reproduzir. Com o fator população controlado, as regiões que receberam os maiores volumes de recursos não se mantiveram no ápice de *ranking* de gasto. A região de saúde de Brumado (macrorregião Sudoeste) foi a que apresentou o maior gasto *per capita*, com R\$12,10, enquanto a região de Salvador obteve um valor *per capita* três vezes menor, com R\$3,62.

A região de Feira de Santana, da qual fazem parte 28 municípios, foi a detentora do menor gasto *per capita* com o SAMU, aproximadamente R\$1,00 para cada habitante, visto que recebeu, em valores nominais, R\$1.308.000,00 para custear o serviço para uma população de 1.073.837 habitantes, em 2010. Cabe destacar que, para a maioria das regiões (Salvador, Guanambi, Ilhéus, Vitória da Conquista, Alagoinhas, Itabuna, Jequié e Feira de Santana), o gasto por habitante foi inferior à média do Estado, que foi de R\$3,80. Adicionalmente, do total de 28, apenas metade das regiões de saúde recebeu os repasses federais para o custeamento do SAMU.

**Tabela 1.** Evolução do número de unidades pré-hospitalares móveis de urgência e do gasto público federal por macrorregião de saúde no Estado da Bahia, de 2009 a 2012

Macrorregião de saúde	2009		2010		2011		2012	
	Nº	R\$*	Nº	R\$*	Nº	R\$*	Nº	R\$*
Leste	15	18,95	16	16,53	24	19,36	107	23,53
Centro-Leste	1	1,49	1	1,56	1	1,47	1	1,67
Sudoeste	4	2,89	5	8,92	12	17,54	52	21,13
Sul	0	2,91	0	3,21	1	2,90	26	4,28
Norte	3	2,86	3	2,78	3	3,95	33	10,57
Oeste	1	2,77	3	1,68	7	6,57	38	9,26
Nordeste	0	2,14	2	1,02	2	1,15	12	1,16
Extremo-Sul	2	1,71	4	1,87	5	3,77	26	3,82
Centro-Norte	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,00
<b>Bahia</b>	<b>26</b>	<b>35,73</b>	<b>34</b>	<b>37,55</b>	<b>55</b>	<b>56,72</b>	<b>297</b>	<b>75,42</b>

\*Em milhões de reais deflacionados para dezembro de 2012, conforme o IPCA



**Figura 2.** Gasto *per capita* com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por região de saúde no Estado da Bahia, em 2010

Dessa forma, grande parte dos municípios baianos pode não estar coberta adequadamente. A proporção da população abrangida pelo SAMU nesse Estado, em 2009, era de 45,5%, bem menor se comparada, por exemplo, a Santa Catarina, onde esse serviço chega a 100% da população<sup>3</sup>. Importa assinalar que, em 2012, na Bahia, houve importante ampliação da cobertura populacional pelo SAMU, atingindo 70,29%, o equivalente a 9.964.173 habitantes<sup>5</sup>.

O montante financeiro para permitir o funcionamento do SAMU no Brasil era estabelecido pela Portaria nº 1.864/2003, por meio dos seguintes parâmetros: cada equipe de suporte básico deveria receber repasse federal mensal no valor de R\$12.500,00 para a cobertura a uma população de 100 a 150 mil habitantes, enquanto cada equipe de suporte avançado receberia R\$27.500,00 para cobrir entre 400 e 450 mil habitantes. Para fins de implantação, era realizado um repasse no valor de até R\$200 mil para municípios com população acima de 500 mil habitantes<sup>13</sup>.

À luz da Portaria nº 2.026/2011<sup>24</sup>, mantiveram-se os valores mensais para as equipes de suporte básico e avançado, mas a implantação do SAMU passou a ser realizada somente em abrangência regional, com recursos para seu financiamento, quer em investimento e/ou em custeio de unidades, destinados às centrais com população coberta superior a 350 mil habitantes. Todavia, os projetos para implantação do SAMU analisados e aprovados antes da publicação dessa portaria não sofreram corte nas transferências federais.

Depreende-se da análise do *ranking* de gasto *per capita*, apresentado na Tabela 2, que o financiamento federal do SAMU, em âmbito municipal, não obedece à lógica de organização dos sistemas regionais, ao porte populacional e às necessidades de saúde, mas, sim, provavelmente, às iniciativas da gestão dos municípios. Por exemplo, Macaúbas destacou-se com o maior

gasto *per capita* da Bahia, com R\$103,04 em 2010. Apesar de ser um município de pequeno porte, com população de 47.051 habitantes, calcula-se um gasto de R\$4,84 milhões, um valor consideravelmente elevado, apesar de ser a única cidade da região de Brumado a dispor do SAMU.

Em síntese, grande parte dos municípios que ocuparam as primeiras posições do *ranking* de maior gasto *per capita* foi também de pequeno porte populacional, como Madre de Deus (R\$27,62), Matina (R\$12,34), Candiba (R\$11,54), Sítio do Mato (R\$11,41), Malhada (R\$9,37), Glória (R\$9,12) e Pindaí (R\$8,64). No que tange ao conjunto de municípios com menor gasto *per capita* com o SAMU, compuseram-no, em sua maioria, os de grande porte, ao contrário do que se deveria supor, já que estes receberam maiores recursos para custear esse serviço pré-hospitalar em 2010. A capital do Estado, Salvador, obteve um valor *per capita* com o SAMU de R\$3,22, ocupando a sexta posição nesse *ranking*.

Os recursos direcionados ao SAMU estão integrados no bloco de financiamento da Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar com o Teto Financeiro, o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) e uma série de programas, tais como: o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O percentual do gasto federal com o SAMU em relação ao total alocado para a MAC está apresentado na Tabela 3.

A participação relativa dos dispêndios com o SAMU no bloco da MAC aumentou paulatinamente, duplicando-se no período. Observou-se que o volume de recursos transferidos para a MAC, em 2009, foi de aproximadamente R\$1,09 bilhão, dos quais 3,27% (R\$35,73 milhões) foram destinados ao SAMU. Em 2010 e 2011, notou-se uma pequena elevação nesse percentual, respectivamente, para 3,34% (R\$37,55 milhões)

**Tabela 2.** *Ranking* dos municípios com maior e menor gasto *per capita* com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Estado da Bahia, em 2010

Maior gasto <i>per capita</i>		Gasto <i>per capita</i>	Menor gasto <i>per capita</i>		Gasto <i>per capita</i>
1	Macaúbas	R\$ 103,04	1	Dias D'Ávila	R\$ 2,26
2	Madre de Deus	R\$ 27,62	2	Feira de Santana	R\$ 2,35
3	Senhor do Bonfim	R\$ 17,87	3	Ipiaú	R\$ 2,53
4	Vera Cruz	R\$ 16,77	4	Lauro de Freitas	R\$ 2,94
5	Matina	R\$ 12,34	5	Caetité	R\$ 3,16
6	São Francisco do Conde	R\$ 12,05	6	Salvador	R\$ 3,22
7	Santa Maria da Vitória	R\$ 11,91	7	São Sebastião do Passé	R\$ 3,26
8	Candiba	R\$ 11,54	8	Mata de São João	R\$ 3,73
9	Sítio do Mato	R\$ 11,41	9	Vitória da Conquista	R\$ 3,77
10	Bom Jesus da Lapa	R\$ 10,22	10	Itabuna	R\$ 4,19
11	Malhada	R\$ 9,37	11	Serra do Ramalho	R\$ 4,35
12	Glória	R\$ 9,12	12	Simões Filho	R\$ 4,45
13	Pindaí	R\$ 8,64	13	Pojuca	R\$ 4,54
14	Paulo Afonso	R\$ 7,92	14	Jequié	R\$ 4,66
15	Candeias	R\$ 7,58	15	Ilhéus	R\$ 5,47

**Tabela 3.** Distribuição percentual do gasto público federal com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em relação aos dispêndios totais da Média e Alta Complexidade (MAC) no Estado da Bahia, de 2009 a 2012

Ano	MAC (R\$)*	Gasto SAMU (R\$)*	Gasto SAMU/gasto MAC (%)
2009	1.091.545.879,72	35.732.810,44	3,27
2010	1.125.186.078,66	37.552.668,89	3,34
2011	1.227.566.259,57	56.721.888,75	4,62
2012	1.129.961.687,36	75.415.063,00	6,67

\*Em milhões de reais deflacionados para dezembro de 2012, conforme o IPCA

e 4,62% (R\$56,72 milhões). O aumento mais significativo do período foi evidenciado no ano de 2012, quando foram destinados quase 7% (R\$75,42 milhões) dos recursos da MAC para o SAMU, haja vista a ampliação expressiva do número de unidades desse serviço praticamente em todo Estado da Bahia nesse ano.

O SAMU possui importante significado estratégico para o SUS, constituindo-se em porta de entrada preferencial para eventos de urgência, além de contribuir para a organização do fluxo na MAC. Em um período de quatro anos, o volume real de recursos para o Estado da Bahia mais que dobrou, evidenciando a priorização do Governo Federal para a PNAU. Esse incremento, contudo, foi da mesma magnitude que o observado na sua participação proporcional no bloco de recursos da MAC, indicando o crescimento do aporte do financiamento à custa de outros serviços. Essa conduta da gestão federal da saúde, de remanejamento dos recursos financeiros, é preocupante, na medida em que pode comprometer a continuidade aos atendimentos por ele iniciados pelo SAMU<sup>13</sup>.

No entanto, a distribuição desigual entre municípios, regiões e macrorregiões de saúde revela um planejamento deficiente da distribuição dos recursos. A propósito, é mister ressaltar que o nível federal ainda é o principal mantenedor do SAMU, com 50% das despesas, enquanto que o Estado é responsável por, no mínimo, 25%, e os municípios, no máximo, 25%<sup>24</sup>.

## CONCLUSÃO

Houve um aumento significativo nos repasses de recursos financeiros federais para o SAMU na Bahia. O comportamento do gasto agregado para todo Estado replicou-se entre as macrorregiões e regiões de saúde, com destaque para a macrorregião Leste, que apresentou o maior gasto com o SAMU em todo o quadriênio.

Entretanto, tomando-se em consideração o aumento do número de unidades e o fato de que as respostas positivas e a legitimidade conquistada por esse serviço devem aumentar consideravelmente a sua demanda ao longo dos próximos anos,

o não acompanhamento dos investimentos federais, na mesma proporção, poderá gerar estrangulamentos no serviço.

A rigor, a necessidade desse tipo de atendimento em muitos municípios parece estar sendo constrangida por causa das grandes disparidades existentes. O caso particular da macrorregião Centro-Norte ilustra as situações-problema relacionadas ao financiamento do SAMU: distribuição desigual de recursos entre regiões, dificuldades de funcionamento da rede de acolhimento das urgências e atraso na descentralização dos recursos federais, sobrecarregando a gestão municipal por assumir a responsabilidade do funcionamento dos serviços para a população.

Importa assinalar que, quando eliminadas as distorções em termos do tamanho da população, a partir da análise do gasto *per capita*, tornou-se mais evidente o subfinanciamento federal (baixos gastos por habitante), sobretudo, nas regiões de saúde mais populosas e que obtiveram grandes volumes de recursos destinados ao SAMU. Os municípios de menor porte populacional destacaram-se com maior gasto público *per capita*, enquanto os de médio e grande porte tiveram o menor gasto *per capita*, o que evidencia a necessidade de maiores investimentos por conta de suas respectivas populações.

Faz-se necessária, portanto, a ampliação dos recursos financeiros destinados ao SAMU, além de maior e melhor distribuição desses recursos, de modo a reparar as desigualdades existentes entre as macrorregiões e regiões de saúde, evitando que algumas localidades do Estado fiquem totalmente descobertas. Ademais, é imprescindível maiores investimentos na estrutura e na organização da rede assistencial do SUS, para que seja capaz de absorver, de forma resolutiva, as demandas provenientes do resgate, garantindo, assim, a integralidade da atenção.

Por fim, cabe sinalizar a necessidade de que o sistema de informação do SAMU, que funciona apenas para controle interno, possa ser publicizado de maneira a dialogar com os demais serviços e permitir o desenvolvimento de estudos de amplo alcance que contribuam com o planejamento e a gestão das redes de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 20 de Setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de outubro de 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de julho de 2011.

3. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):519-28. PMID:21503554. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Urgência e Emergência [Internet] 2013 [citado em 2015 jan 9]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-aude/noticias-antiores-agencia-saude/4612-na-bahia-os-recursos-para-custeio-do-samu-terao-aumento-de-20>.
5. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. Saúde Toda Hora: atenção às Urgências: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - 192 – SAMU [Internet]. Brasília: SAGE; 2016 [citado em 2016 dez 1]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>.
6. Vieira CMS, Mussi FC. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):793-7. PMID:19192916. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400024>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2013.
9. Silva NC, Nogueira LT. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento Móvel de urgência. *Cogitare Enferm*. 2012;17(3):471-7. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29287>.
10. Abreu AMM, Jomar RT, Thomaz RGF, Guimarães RM, Lima JMB, Figueiró RFS. Impacto da Lei Seca na mortalidade por acidentes de trânsito. *Rev enferm. UERJ*. 2012;20(1):21-6.
11. Miranda MIF, Delfino RK, Carvalho QH, Pinto CCP, Silva MC, Restier RB, et al. Morbimortalidade por causas externas – acidentes e violência no município de Porto Velho, Rondônia. *Enfermagem em Foco*. 2010;1(3):119-23.
12. Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS systems: the United States: past, present and, future. *Resuscitation*. 2004;60(3):239-44. PMID:15050754. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2003.11.004>.
13. Silva MSRM, Coelho TCB. Avaliação do Samu-192: a política das urgências em cena. In: Araújo TM, Araújo EM. *Saúde Coletiva*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016. p. 243-73.
14. Coelho TCB, Scatena JHG. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 271-86.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados: Bahia [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado em 2014 set 6]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?Sigla=ba>.
16. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. *Rev Baiana Saúde Publ*. 2012;36(1):1-166.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da CIB nº 164, de 27 de maio de 2013. Aprova a transferência do município de Marau, da região de saúde de Valença para a região de saúde de Itabuna. *Diário Oficial da União, Brasília*, 28 de maio de 2013.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado em 2015 jun 11]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc\\_ipca/defaultsubitem.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultsubitem.shtm).
19. Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Receitas públicas: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios*. Brasília: Ministério da Fazenda; 2004.
20. World Health Organization. *Guide to producing national health accounts: with special applications for low income e middle-income countries*. Geneva: WHO; 2003.
21. Teles AS, Coelho TCB. Gasto público federal com medicamentos em uma macrorregião de saúde. *Cad Saúde Coletiva*. 2011;19(3):264-70.
22. Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia. Nota Pública: médicos divulgam grito de socorro ao Hospital Regional de Irecê [Internet]. Salvador: SINDIMED-BA; 2012 [citado em 2015 jul 18]. Disponível em: [http://www.sindimed-ba.org.br/2011/index.php?menu=noticia&COD\\_NOTICIA=1639](http://www.sindimed-ba.org.br/2011/index.php?menu=noticia&COD_NOTICIA=1639).
23. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde Soc*. 2015;24(1):361-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília*, 8 de julho de 2011.

Recebido em: Jan. 14, 2016

Aprovado em: Jan. 08, 2017